

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi dua klien dengan Sindrom Koroner Akut di Ruang ICU RSUD. Ibnu Sina Gresik yang menggunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Ibnu Sina Gresik di *ruang Intensif Care Unit (ICU)* yang memiliki 12 bad pasien dan dilengkapi dengan monitor setiap bad, posisi klien yang diteliti adalah untuk Tn. A dan Tn. F sama-sama menempati bed 4. Peneliti mengambil penelitian di RSUD Ibnu Sina Gresik karena fasilitas, sarana, dan prasarana yang sangat memadai selain itu rumah sakit tersebut sesuai dengan kriteria penyakit yang diambil oleh peneliti.

4.1.2 Pengkajian klien 1

1. Identitas klien

Tn. A umur 58 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMA, dan pekerjaan sekarang sebagai tukang ojek. Penanggung jawab anak Sdr. M nomor rekam medis 7016xx, tanggal masuk rumah sakit 29

juni 2018 pukul 21.00 wib dengan diagnosa SKA + STEMI + IMA inferior di ruang ICU bed 4 tanggal pengkajian 30 juni 2018 pukul 14.00 wib dan sumber informasi dari klien dan rekam medis.

2. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri dada

2) Riwayat penyakit sekarang

Klien mengatakan datang ke IGD pada tanggal 29 juni 2018 pukul 20.00 wib dengan keadaan gelisah, badan lemas, nyeri dada seperti tertusuk, sesak nafas mulai hari minggu batuk dan mual muntah. Dilakukan pemeriksaan TTV didapatkan tensi 140/95 mmHg, nadi 90x/menit, respiration rate 26x/menit, suhu 36,5 °C, GCS 4-5-6, keringat dingin dan dilakukan pemeriksaan EKG hasilnya didapatkan ST elevasi lead II, III, aVF, hasil dari laboratorium pada jantungnya CK-MB 95, Troponin hasilnya positif. Di IGD diberikan terapi isdn 5 mg, O₂ nasal kanul 4 lpm, infus pz 14 tpm. Setelah itu oleh dokter IGD disarankan untuk rawat inap, lalu klien dibawa ke ruang ICU pukul 21.00 dengan diagnosa SKA + STEMI + IMA inferior.

3) Riwayat penyakit dahulu

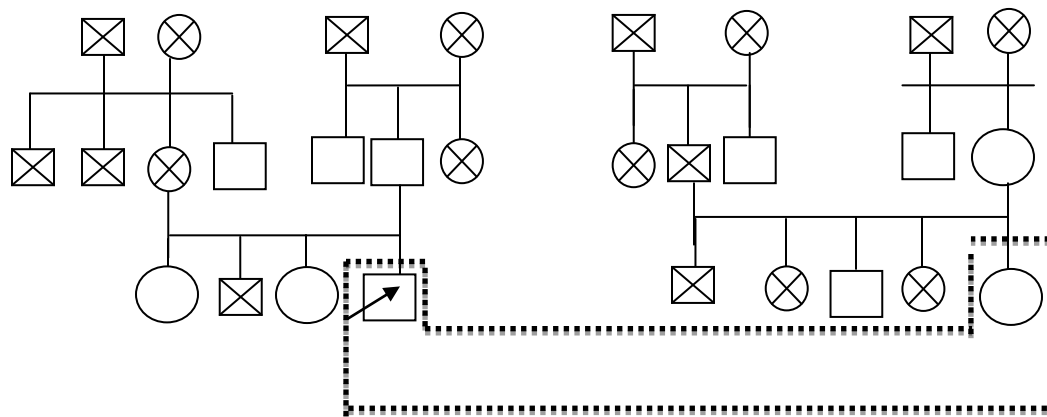
Klien mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit asma ±2,5 tahun, hipertensi ±2 tahun dan tidak memiliki penyakit diabetes mellitus dan klien seorang perokok berat ± 21 tahun yang lalu dan suka minum kopi setiap hari.

4) Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang menderita penyakit asma, hipertensi, diabetes mellitus dan jantung maupun penyakit menurun atau menahun lainnya.

5) Genogram

Genogram Klien 1 (Tn. A/58 tahun)



Gambar 4.1 Genogram klien pertama

Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Perempuan meninggal

⊗ : Laki-laki meninggal

⋮ : Tinggal serumah

↗ : Klien

3. Pemeriksaan fisik klien 1 (Tn. A/58 tahun)

1) **B1: *Breathing* (Sistem pernafasan)**

Subyektif : Klien mengatakan sesak

Obyektif : Pemeriksaan fisik klien terpasang O₂ nasal 4 lpm, pernafasan spontan ada retraksi intercosta, frekuensi pernafasan 26x/menit irama reguler dan kedalaman normal, batuk, dyspnoe, bentuk dada pigeon chest, SpO₂ 100%, adanya nafas cuping hidung, auskultasi terdapat ronchi di dada atas sebelah kiri, palpasi tidak ada jejas pada daerah dada, perfusi pucat, perkusi suara redup, posisi semi fowler.

Problem : Ketidakefektifan pola nafas

2) **B2: *Blood* (Sistem kardiovaskuler)**

Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada seperti tertusuk disertai sesak

Obyektif : Pemeriksaan fisik bentuk dada pigeon chest, auskultasi terdengar suara jantung S3 gallop, ada pembesaran jantung(kardiomegali), pemeriksaan palpasi tekanan darah 150/98 mmHg, suhu 36,5 °C, nadi 64 x/menit, SpO₂ 100%, MAP 115 mmHg, perfusi pucat, tidak terpasang CVP, klien tampak lemas, turgor kulit lembab CRT < 2 detik, CK-MB 95, troponin positif, EKG tampak gelombang ST elevasi lead II, III, aVF, perkusi redup, inspeksi tidak ada benjolan, tidak ada lesi.

Problem : Penurunan curah jantung

3) B3: Brain (Sistem persyarafan)

Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada

Obyektif : Pemeriksaan inspeksi klien terlihat gelisah, dan menyinggahi kesakitan, nyeri pada dada kiri seperti tertusuk, skala nyeri 6 (0-10), hilang timbul saat diberi obat anti nyeri, tidak ada kejang, GCS 4-5-6, kesadaran umum klien kompos mentis, pupil isokor, sklera normal, CRT < 2 detik.

Problem : Nyeri akut

4) B4: Bladder (Sistem perkemihan)

Subyektif : Klien mengatakan kencing lewat selang kateter

Obyektif : Klien jenis kelamin laki-laki, palpasi tidak ada nyeri tekan, terpasang dower kateter uk.16, jumlah produksi urine 1100cc/24 jam, tidak terdapat oliguria, warna kuning bau khas urine, tidak terdapat kemerahan disekitar uretra.

Problem : Tidak ada masalah keperawatan

5) B5: Bowl (Sistem gastrointestinal)

Subyektif : Klien mengatakan makan hanya 5 sendok karena perutnya terasa mual dan BAB lancar

Obyektif : Bentuk simetris, flat tidak distended, inspeksi bibir kering, ada mual muntah, gigi terdapat karies, Palpasi tidak asites, tidak ada jejas atau lesi di abdomen, tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan, belum buang air besar, auskultasi peristaltik usus

ada, bising usus 12 x/menit, tidak ada hernia, anus tidak ada hemoroid.

Problem : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

6) B6: Bone (Sistem muskuloskeletal)

Subyektif : Klien mengatakan badannya lemas

Obyektif : Tonus otot

Dextra		Sinistra
5		5
5		5

Pemeriksaan inspeksi ekstremitas bawah dapat digerakkan, tidak ada bekas operasi, tidak ada luka bakar, mobilisasi tidak terkontrol, ekstremitas atas terpasang infuse seringpump di tangan kanan, tidak ada luka gangrene, tidak ada luka decubitus, aktivitas dibantu, tonus otot lemah, ekstremitas masih dapat digerakkan, turgor kulit lembab, akral dingin.

Problem : Intoleransi aktivitas

4. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium Klien 1 (Tn. A/58 tahun) tanggal 30-06-2018

<u>Pemeriksaan</u>	<u>Hasil</u>	<u>Nilai normal</u>
<u>Jantung</u>		
CK-MB	39 µ/L	25 µ/L 37 C

TROPONIN	Positif	Negatif
<u>Elektrolit</u>		
Natrium	124 mg/dL	135-145 mg/dL
Kalium	5,1 mg/dL	3,5-5,5 mg/dL
Chloride	94 mg/dL	98-108 mg/dL
<u>Lemak darah</u>		
Cholesterol	162 mg/dL	0-200 mg/dL
Trigliserida	149 mg/dL	0-150 mg/dL
HDL	26 mg/dL	40-60 mg/dL
LDL	98 mg/dL	0-130 mg/dL
<u>Hematologi</u>		
Leukosit	6800 μL	4500-11000 μL
PCV/Hematokrit	39 %	40-50 %
Trombosit	233000/μL	150000-450000/μL
MCV	85 fl	80-94 fl
PCH	28	26-32
MCHC	33 g/dL	32-36 g/dL

2) Pemeriksaan foto thoraks

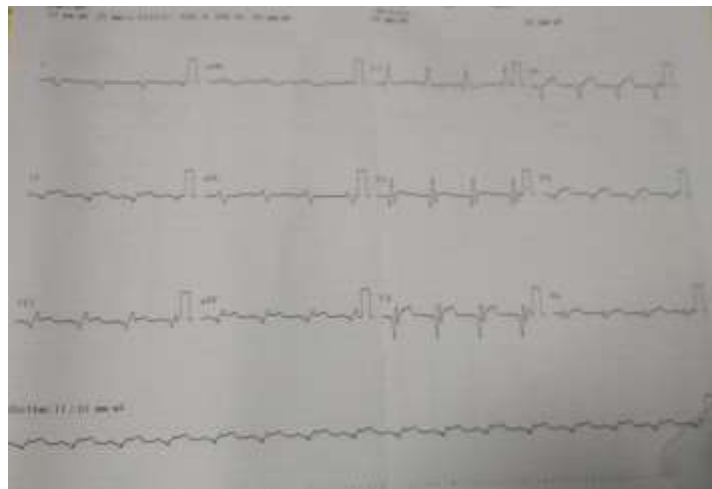
Klien 1 (Tn. A/58 tahun) tanggal 30-06-2018



Gambar 4.2 hasil: tampak adanya pembesaran jantung (cardiomegali)

3) Pemeriksaan Elektrokardiografik (EKG)

Klien 1 (Tn. A/58 tahun) tanggal 30-06-2018



Gambar 4.3 didapatkan ST elevasi lead II, III, aVF

Klien 1 (Tn. A/58 tahun) tanggal 02-07-2018

hasil:

1100 sinus rhythm

2450 right bundle branch block

2730 left posterior fascicular block

3132 anterior myocardial infarction, probably recent

3631 inferior myocardial infarction, probably acute

9150 abnormal ECG

5. Terapi obat klien 1 (Tn. A/58 tahun)

1. Obat enteral

- Tab ASA 1 x 1 mg
- CPG 1 x 1 mg
- Curcuma 1 x 1 mg
- Concor 1 x 5 mg
- ISDN 3 x 5 mg

2. Obat parenteral

- Injeksi arixtra 1 x 1 (4)

6. Daftar masalah keperawatan

Daftar yang muncul dari **Klien 1** sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung
2. Nyeri akut
3. Ketidakefektifan pola nafas

4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
5. Intoleransi aktivitas

7. Analisa data klien 1 (Tn. A/58 tahun)

1) Kelompok data 1 tanggal 30-06-2018

1. Data Subyektif :Klien mengatakan nyeri pada dada seperti tertusuk disertai sesak
2. Data Obyektif :Pemeriksaan fisik bentuk dada pigeon chest, auskultasi terdengar suara jantung S3 gallop, ada pembesaran jantung(kardiomegali), pemeriksaan palpasi tekanan darah 150/98 mmHg, suhu 36,5 °C, nadi 64 x/menit, SpO₂ 100%, MAP 115 mmHg, perfusi pucat, tidak terpasang CVP, klien tampak lemas, turgor kulit lembab CRT < 2 detik, CK-MB 95, troponin positif, EKG tampak gelombang ST elevasi lead II, III, aVF, perkusi redup, inspeksi tidak ada benjolan, tidak ada lesi.
3. Masalah keperawatan : Penurunan curah jantung
4. Penyebab : Perubahan frekuensi, irama, kontraktilitas miokard jantung.

2) Kelompok data 2 tanggal 30-06-2018

1. Data Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada kiri seperti tertusuk
2. Data Obyektif : Pemeriksaan inspeksi klien terlihat gelisah, dan menyeringai kesakitan, nyeri pada dada kiri seperti

tertusuk, skala nyeri 6 (0-10), hilang timbul saat diberi obat anti nyeri, tidak ada kejang, GCS 4-5-6, kesadaran umum klien kompos mentis, pupil isokor, sklera normal, CRT < 2 detik.

3. Masalah keperawatan : Nyeri akut
4. Penyebab : Iskemia miokard jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri koroner.

3) Kelompok data 3 tanggal 30-06-2018

1. Data Subyektif : Klien mengatakan sesak nafas
2. Data Obyektif : Pemeriksaan fisik klien terpasang O₂ nasal 4 lpm, pernafasan spontan ada retraksi intercosta, frekuensi pernafasan 26x/menit irama reguler dan kedalaman normal, batuk, dyspnoe, bentuk dada pigeon chest, SpO₂ 100%, adanya nafas cuping hidung, auskultasi terdapat ronchi di dada atas sebelah kiri, palpasi tidak ada jejas pada daerah dada, perfusi pucat, perkusi suara redup, posisi semi fowler.
3. Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan pola nafas
4. Penyebab : Penurunan suplai darah dan oksigen

4) Kelompok data 4 tanggal 30-06-2018

1. Data Subyektif : Klien mengatakan makan hanya 5 sendok karena perutnya terasa mual dan BAB lancar
2. Data Obyektif : Bentuk simetris, flat tidak distended, inspeksi bibir kering, ada mual muntah, gigi terdapat karies, palpasi tidak

asites, tidak ada jejas atau lesi di abdomen, tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan, belum buang air besar, auskultasi peristaltik usus ada, bising usus 12 x/menit, tidak ada hernia, anus tidak ada hemoroid.

3. Masalah keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
4. Penyebab : Intake makanan inadkuat

5) Kelompok data 5 tanggal 30-06-2018

1. Data Subyektif : Klien mengatakan lemas
2. Data Obyektif : Tonus otot

Dextra		Sinistra
5		5
5		5

Pemeriksaan inspeksi ekstremitas bawah dapat digerakkan, tidak ada bekas operasi, tidak ada luka bakar, mobilisasi tidak terkontrol, ekstremitas atas terpasang infuse seringpump di tangan kanan, tidak ada luka gangrene, tidak ada luka decubitus, aktivitas dibantu, tonus otot lemah, ekstremitas masih dapat digerakkan, turgor kulit lembab, akral dingin.

3. Masalah Keperawatan : Intoleransi aktivitas
4. Penyebab : Suplai oksigen yang tidak seimbang, iskemik/kematian otot jantung

8. Diagnosa keperawatan klien 1 (Tn. A/58 tahun)

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, kontraktilitas miokard jantung.
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan iskemia miokard jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri koroner.
- 3) Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen.
- 4) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan inadkuat
- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan suplai oksigen yang tidak seimbang, iskemik/kematian otot jantung.

9. Perencanaan klien 1

Diagnosa : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, kontraktilitas miokard jantung

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan penurunan curah jantung adekuat/optimal.

Kriteria hasil :

- 1) Tanda-tanda vital dalam batas normal
- 2) Tidak ada penurunan kesadaran
- 3) Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites
- 4) Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan

Intervensi: NIC (Nursing Intervention Classification)

- 1) Observasi tanda-tanda vital (tensi darah, nadi, suhu, perfusi)
- 2) Monitor auskultasi bunyi jantung
- 3) Monitor EKG
- 4) Pantau frekuensi jantung dan irama jantung
- 5) Monitor adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi)
- 6) Observasi adanya tanda dan gejala penurunan curah jantung

10. Implementasi keperawatan**Implementasi klien pertama Tn.A umur 58 tahun****Pelaksanaan tanggal 30-06-2018**

- 1) Pukul 14.00 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, mengenalkan profesi, tujuan ke klien.

Respon: Klien sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik.

- 2) Pukul 14.15 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon: Klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan.

- 3) Pukul 14.30 mengkaji dan observasi tanda-tanda vital serta pantau frekuensi dan irama jantung.

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 150/98 mmHg, nadi 64 x/menit, respirasi rate 26 x/menit, suhu 36,5 °C, SpO₂ 100%, MAP 115 mmHg, irama jantung reguler.

- 4) Pukul 15.20 membantu menyeka klien

Respon: Klien tampak senang dan mengucapkan terima kasih.

- 5) Pukul 15.30 melakukan auskultasi bunyi jantung dengan perawat ruangan.

Respon: Didapatkan bunyi jantung S3 gallop dan terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi di dada atas sebelah kiri.

- 6) Pukul 15.50 memberikan diit bubur kasar 1500 kalori rendah natrium kepada klien dan minum air putih 100cc dan memberi obat ASA 1x1 mg, CPG 1x1 mg.

Respon: Klien mengucapkan terima kasih dan klien makan hanya 5 sendok makan yang diberikan karena perutnya terasa mual.

- 7) Pukul 16.05 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 158/89 mmHg, nadi 109 x/menit, respirasi rate 24 x/menit, suhu 36 °C, SpO₂ 98%, MAP 112 mmHg.

- 8) Pukul 17.00 memberikan injeksi arixtra 1x1 mg

Respon: Klien kooperatif dan mengucapkan terima kasih

- 9) Pukul 17.00 memberikan suasana yang aman dan nyaman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien.

Respon: Klien tampak tenang

10) Pukul 18.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 160/95 mmHg, nadi 117 x/menit, respirasi rate 23 x/menit, suhu 36 °C, SpO₂ 98%, MAP 116 mmHg.

11) Pukul 20.00 melakukan rekam jantung

Respon: Klien kooperatif dan hasil EKG tampak gelombang ST elevasi lead II, III, aVF.

12) Pukul 20.00 memberikan obat ISDN 3x5 mg pada klien sebelum istirahat

Respon: Klien sangat kooperatif dan mengucapkan terima kasih

13) Pukul 22.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 164/94 mmHg, nadi 122 x/menit, respirasi rate 23 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 98%, MAP 117 mmHg.

14) Pukul 22.30 mengkaji adanya nyeri dada

Respon: Klien mengatakan dadanya masih nyeri hilang timbul dan disertai sesak.

Pelaksanaan tanggal 01-07-2018

1) Pukul 07.20 menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama

Respon: Klien kooperatif dan gcs 4/5/6

- 2) Pukul 07.25 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon: Klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan.

- 3) Pukul 07.30 membantu menyeka klien

Respon: Klien kooperatif dan berterima kasih

- 4) Pukul 08.00 mengobservasi tanda-tanda vital serta pantau frekuensi dan irama jantung.

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 173/86 mmHg, nadi 113 x/menit, respirasi rate 22 x/menit, suhu 36 °C, SpO₂ 100%, MAP 115 mmHg, irama jantung reguler.

- 5) Pukul 08.05 melakukan auskultasi bunyi jantung dengan perawat ruangan.

Respon: Didapatkan bunyi jantung S3 gallop dan terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi di dada atas sebelah kiri.

- 6) Pukul 09.00 memberikan diit bubur kasar 1500 kalori rendah natrium kepada klien dan minum air putih 150cc dan memberikan obat ASA 1x1 mg, CPG 1x1 mg.

Respon: Klien kooperatif dan hanya menghabiskan ½ porsi makan yang diberikan dan mengucapkan terima kasih.

- 7) Pukul 09.30 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 171/94 mmHg, nadi 100 x/menit, respirasi rate 23 x/menit, suhu 36,5 °C, SpO₂ 100%, MAP 119 mmHg.

- 8) Pukul 10.00 memberikan injeksi arixtra 1x1 mg

Respon: Klien kooperatif dan mengucapkan terima kasih

- 9) Pukul 10.30 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan membatasi pengunjung agar tidak mengganggu kondisi klien

Respon: Klien tampak tenang

- 10) Pukul 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital serta mengajarkan dan membantu klien melakukan latihan aktivitas dari posisi semi fowler ke posisi duduk

Respon: Klien kooperatif dan mengikuti instruksi yang diberikan, tekanan darah didapatkan dengan hasil 170/93 x/menit, nadi 105 x/menit, respirasi rate 23 x/menit, suhu 36 °C, SpO₂ 100%, MAP 118 mmHg.

- 11) Pukul 11.10 Observasi adanya tanda dan gejala penurunan curah jantung

Respon: Klien kooperatif dan mengucapkan terima kasih

- 12) Pukul 11.45 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 169/90 mmHg, nadi 113 x/menit, respirasi rate 23 x/menit, suhu 36,3 °C, SpO₂ 98%, MAP 116 mmHg.

13) Pukul 12.00 memberikan obat ISDN 3x5 mg pada klien

Respon: Klien sangat kooperatif

14) Pukul 13.00 mengkaji adanya nyeri dada

Respon: Klien klien mengatakan dadanya masih nyeri hilang timbul dan disertai sesak

Pelaksanaan tanggal 02-07-2018

1) Pukul 07.00 menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama

Respon: Klien kooperatif dan gcs 456

2) Pukul 07.10 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon: Klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan.

3) Pukul 07.20 membantu menyeka klien

Respon: Klien kooperatif dan mengucapkan terima kasih

4) Pukul 07.30 mengobservasi tanda-tanda vital serta pantau frekuensi dan irama jantung.

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 164/88 mmHg, nadi 98 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36 °C, SpO₂ 100%, MAP 113 mmHg, irama jantung reguler.

5) Pukul 07.40 melakukan auskultasi bunyi jantung dengan perawat ruangan.

Respon: Didapatkan bunyi jantung S1 S2 tunggal dan terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi di dada atas sebelah kiri.

- 6) Pukul 08.00 memberikan diit bubur kasar 1500 kalori rendah natrium kepada klien dan minum air putih 150ccmemberikan obat ASA 1x1 mg, CPG 1x1 mg pada klien

Respon: Klien kooperatif dan hanya menghabiskan 1 porsi makan yang diberikan dan mengucapkan terima kasih

- 7) Pukul 09.30 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 164/85 mmHg, nadi 104 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36°C, SpO₂ 100%, MAP 111 mmHg.

- 8) Pukul 10.00 memberikan injeksi arixtra 1x1 mg

Respon: Klien kooperatif dan mengucapkan terima kasih

- 9) Pukul 11.00 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien

Respon: Klien tampak tenang

- 10) Pukul 11.30 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 150/90 mmHg, nadi 110 x/menit, respirasi rate 20 x//menit, suhu 36°C, SpO₂ 100%, MAP 110 mmHg.

- 11) Pukul 12.00 melakukan rekam jantung pada pasien

Respon: Klien kooperatif dan hasil EKG yaitu sinus rhythm, right bundle branch block, left posterior fascicular block, anterior myocardial infarction, probably recent, inferior myocardial infarction, probably acute, dan abnormal ECG.

12) Pukul 13.00 Observasi adanya tanda dan gejala penurunan curah jantung.

Respon: Klien kooperatif dan mengucapkan terima kasih

13) Pukul 13.30 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 155/85 mmHg, nadi 97 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 100%, MAP 108 mmHg.

14) Pukul 13.50 dokter mengatakan Tn. A sudah bisa pindah ke ruangan Gardena karena kondisi sudah stabil

Respon: Klien tampak senang dan mengucapkan Alhamdulillah

15) Pukul 14.00 klien di pindah di ruangan Gardena

11. Evaluasi keperawatan

Evaluasi hari -1 pada klien 1 Tn. A 58 tahun

Diagnosa keperawatan

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, kontraktilitas miokard jantung.

Evaluasi tanggal 30-06-2018

S : Klien mengatakan adanya nyeri seperti tertusuk, sesak dan lemas.

O : GCS 4-5-6, tekanan darah 164/94 mmHg, suhu 36,5 °C, nadi 64 x/menit, SpO₂ 100%,MAP 117 mmHg, memakai O₂ nasal 4 lpm,klien tampak lemas, terdapat keringat dingin, turgor kulit lembab, CRT < 2 detik, terdengar suara jantung S3 gallop. Pemeriksaan lab: Jantung CK-MB 95, Troponin positif. Pemeriksaan EKG terdapat ST elevasi lead II,III,aVF.

A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1-5 dilanjutkan

Evaluasi hari-2 pada klien 1 Tn. A 58 tahun tanggal 01-07-2018

Evaluasi pukul 14.00

S : Klien mengatakan nyeri dadanya berkurang, dan sesak berkurang.

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis denganGCS 4-5-6, tekanan darah 169/90 mmHg, nadi 113 x/menit, respirasi rate 23 x/menit, suhu 36,3 °C, SpO₂ 98%, MAP 116 mmHg,klien tampak lemas, turgor kulit lembab, CRT < 2 detik.

A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1,2,3,5 dilanjutkan

Evaluasi hari-3 pada klien 1 Tn. A58 tahun tanggal 02-07-2018

Evaluasi pukul 14.00

S : Klien mengatakan tidak ada keluhan, klien mengatakan nyeri berkurang, sesak berkurang, bisa tidur, dan tidak mudahlelah

saat melakukan aktifitas seperti miring kanan miring kiri, duduk, dan berbicara.

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, tekanan darah 155/85 mmHg, nadi 97 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 100%, MAP 108 mmHg, turgor kulit lembab, CRT < 2 detik, terdengar suara jantung S1 S2 tunggal, hasil EKG yaitu sinus rhythm, right bundle branch block, left posterior fascicular block, anterior myocardial infarction, probably recent, inferior myocardial infarction, probably acute, dan abnormal ECG.

A : Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian

P : Rencana tindakan dilanjutkan (px pindah ke ruang Gardena).

4.1.2 Pengkajian klien 2

1. Identitas klien

Tn. F umur 39 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa indonesia, pendidikan terakhir SMA, dan pekerjaan sebagai buruh pabrik (swasta). Penanggung jawab istri Ny. N nomor rekam medis 4579xx, tanggal masuk rumah sakit 2 juli 2018 pukul 22.00 wib dengan diagnosa SKA + STEMI + HT di ruang ICU bed 4 tanggal pengkajian 3 juli 2018 pukul 07.05 wib dan sumber informasi dari klien dan rekam medis.

2. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri dada

2) Riwayat penyakit sekarang

Klien datang ke IGD pada tanggal 2 juli 2018 pukul 21.00 WIB dengan keadaan lemas, nyeri dada sebelah kiri \pm 3-5 menit, nyeri seperti tertekan benda berat dan hilang timbul, bertambah berat saat beraktivitas sejak mulai dari tadi pagi pukul 08.00 wib, wajah tampak pucat, gelisah, terdapat keringat dingin. Dilakukan pemeriksaan TTV didapatkan tensi 170/80 mmHg, nadi 74x/menit, respiration rate 27x/menit, suhu 37 °C, GCS 4-5-6 dan di lakukan pemeriksaan EKG hasilnya didapatkan ST elevasi lead V1-V5. Di IGD diberikan terapi O₂ simple masker 6 lpm, isdn 5 mg, infus pz 7 tpm. Setelah itu oleh dokter IGD disarankan untuk rawat inap, lalu klien dibawa ke ruang ICU pukul 22.00 dengan diagnosa medis SKA + STEMI + HT.

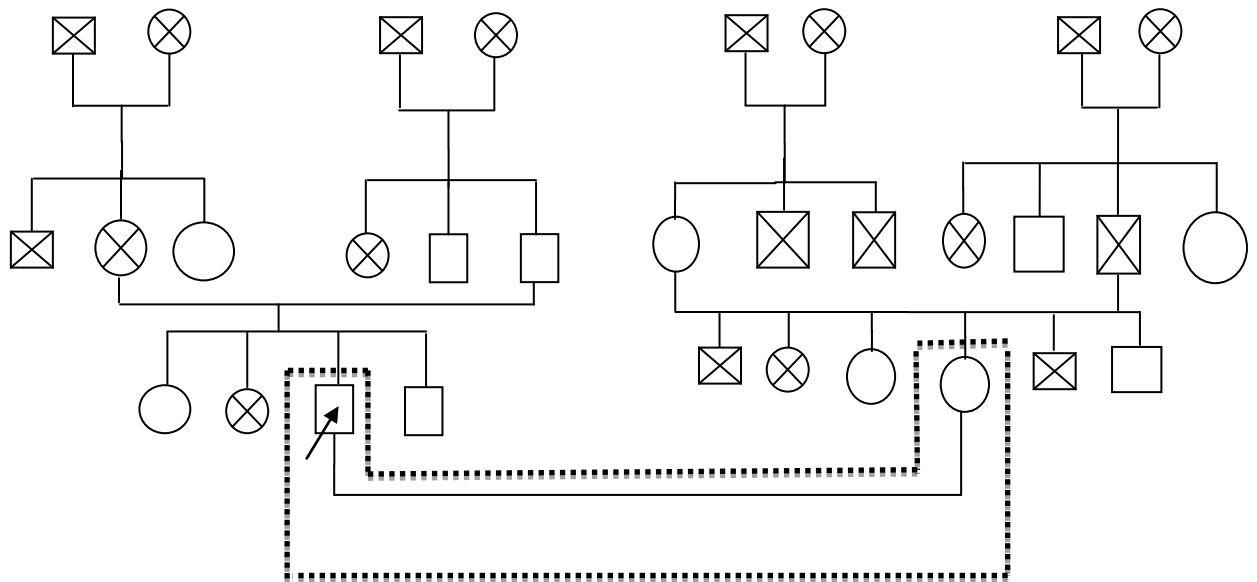
3) Riwayat penyakit dahulu

Klien mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit liver \pm 5 tahun, hipertensi \pm 6 tahun, jantung \pm 1 tahun dan merokok \pm 2 tahun yang lalu, tidak mempunyai penyakit diabetes mellitus dan suka minum kopi setiap hari.

4) Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan dikeluarganya ada yang menderita penyakit jantung yaitu ibunya, dan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit jantung.

5) Genogram klien 2 (Tn. F/39 tahun)



Gambar 4.4 Genogram klien kedua

Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

⊗ : Perempuan meninggal

⊗ : Laki-laki meninggal

⋮ : Tinggal serumah

↗ : Klien

3. Pemeriksaan fisik klien 2 (Tn. F/39 tahun)

1) B1: *Breathing* (Sistem pernafasan)

Subyektif : Klien mengatakan sesak

Obyektif : Pemeriksaan fisik klien terpasang O₂ simple masker 6 lpm, pernafasan spontan tidak ada retraksi intercosta, frekuensi pernafasan 27x/menit irama reguler dan kedalaman normal, dyspnoe, bentuk dada normal chest, SpO₂ 98%, adanya nafas cuping hidung, auskultasi tidak terdapat suara tambahan ronchi maupun wheezing, palpasi tidak ada jejas pada daerah dada, perkusi suara sonor, posisi duduk.

Problem : Ketidakefektifan pola nafas

2) B2: *Blood* (Sistem kardiovaskuler)

Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada seperti tertekan benda berat disertai sesak

Obyektif : Pemeriksaan fisik bentuk dada normal chest, auskultasi terdengar suara jantung S3 Gallop, ada pembesaran jantung (kardiomegali), pemeriksaan palpasi tekanan darah 176/83 mmHg, suhu 37 °C, nadi 74 x/menit, SpO₂ 98%, MAP 114 mmHg, perfusi terdapat keringat dingin, tidak terpasang CVP, CRT < 2 detik, CK-MB 19, troponin negatif, EKG tampak gelombang ST elevasi lead V1-V5, perkusi sonor, inspeksi tidak ada benjolan, tidak ada lesi.

Problem : Penurunan curah jantung

3) B3: Brain (Sistem persyarafan)

Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada

Obyektif : Pemeriksaan inspeksi klien terlihat gelisah, dan menyeringai kesakitan, nyeri pada dada kiri seperti tertekan benda berat, skala nyeri 7 (0-10), hilang timbul saat diberi obat anti nyeri, tidak ada kejang, GCS 4-5-6, kesadaran umum klien kompos mentis, pupil isokor, sklera normal, CRT < 2 detik.

Problem : Nyeri akut

4) B4: Bladder (Sistem perkemihan)

Subyektif : Klien mengatakan kencing lewat selang kateter

Obyektif : Klien jenis kelamin laki-laki, palpasi tidak ada nyeri tekan, terpasang dower kateter uk.18, jumlah produksi urine 1500cc/24 jam, tidak terdapat oliguria, warna kuning bau khas urine, tidak terdapat kemerahan disekitar uretra.

Problem : Tidak ada masalah keperawatan

5) B5: Bowl (Sistem gastrointestinal)

Subyektif : Klien mengatakan makan habis ½ porsi dan BAB lancar sebelum ke rumah sakit sudah BAB

Obyektif : Bentuk simetris, flat tidak distended, inspeksi bibir lembab, tidak ada mual muntah, tidak ada jejas atau lesi di abdomen, perkusi pekat, tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri

tekan, auskultasi peristaltik usus ada, bising usus 12 x/menit, diet bubur kasar.

Problem : Tidak ada masalah keperawatan

6) B6: Bone (Sistem muskuloskeletal)

Subyektif : Klien mengatakan badannya lemas dan mudah lelah

Obyektif : Tonus otot

Dextra		Sinistra
5		5
5	5	

Pemeriksaan inspeksi ekstremitas bawah dapat digerakkan, tidak ada bekas operasi, tidak ada luka bakar, mobilisasi tidak terkontrol, ekstremitas atas terpasang infuse seringpump di tangan kanan, tidak ada luka gangrene, tidak ada luka decubitus, aktivitas dibantu, tonus otot lemah, ekstremitas masih dapat digerakkan, turgor kulit baik, akral hangat kering merah.

Problem : Intoleransi aktivitas

4. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laboratoriumklien 2 (Tn. F/39 tahun) tanggal 03-07-2018

<u>Pemeriksaan</u>	<u>Hasil</u>	<u>Nilai normal</u>
<u>Jantung</u>		
CK-MB	19µ/L	25 µ/L 37 C
TROPONIN	Negatif	Negatif

Elektrolit

Natrium	139 mg/dL	135-145 mg/dL
Kalium	3,1 mg/dL	3,5-5,5 mg/dL
Chlorida	108 mg/dL	98-108 mg/dL

Lemak darah

Cholesterol	222 mg/dL	0-200 mg/dL
Trigliserida	132 mg/dL	0-150 mg/dL
HDL	43 mg/dL	40-60 mg/dL
LDL	142 mg/dL	0-130 mg/dL

Hematologi

Leukosit	8100 μL	4500-11000 μL
PCV/Hematokrit	45 %	40-50 %
Trombosit	234000	150000-450000/μL
MCV	83 fl	80-94 fl
MCH	29 pg	26-32 pg
MCHC	35 g/dL	32-36 g/dL

2) Pemeriksaan foto thoraks

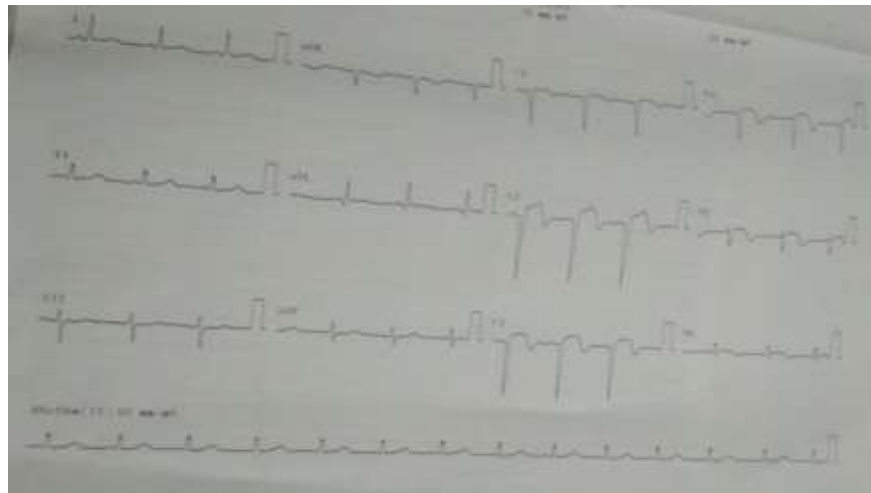
Klien 2 (Tn. F/39 tahun) 03-07-2018



Gambar 4.5 hasil: tampak adanya pembesaran jantung (cardiomegali)

3) Pemeriksaan elektrokardiografik (EKG)

Klien 2 (Tn. F/39 tahun) tanggal 03-07-2018



Gambar 4.6 Didapatkan ST elevasi lead V1-V5

Klien 2 (Tn. F/39 tahun) tanggal 05-07-2018

Hasil:

1100 sinus rhythm

2210 short PR interval

3232 anteroseptal myocardial infarction, probably recent

4564 twave abnormality, possible lateral ischemia

9150 abnormal ECG

5. Terapi obat klien 2 (Tn. F/39 tahun)

1) Obat enteral

- ASA 1 x 1 mg
- CPG 1 x 1 mg
- Disalf 3 x 1 mg
- Aforvastafrie 1 x 80 mg
- Acprutalan 1 x 15 mg
- Captropil 3 x 12,5 mg
- Spinolaclone 1 x 25 mg
- Bisoprolol 1 x 5 mg

2) Obat parenteral

- Injeksi arixtra 1 x 1 mg
- ISDN 3 x 5 mg
- Lovenox 2 x 0,6 mg

- Ranitidin 2 x 1 mg
- Lasix 2 x 1 mg

6. Daftar masalah keperawatan

Daftar yang muncul dari **Klien 2** sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung
2. Nyeri akut
3. Ketidakefektifan pola nafas
4. Intoleransi aktivitas

7. Analisa data klien 2 (Tn. F/39 tahun)

1) Kelompok data 1 tanggal 03-07-2018

1. Data Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada seperti tertekan benda berat disertai sesak
2. Data Obyektif : Pemeriksaan fisik bentuk dada normal chest, auskultasi terdengar suara jantung S3 Gallop, ada pembesaran jantung(kardiomegali), pemeriksaan palpasi tekanan darah 176/83 mmHg, suhu 37 °C, nadi 74 x/menit, SpO₂ 98%, MAP 114 mmHg, perfusi terdapat keringat dingin, tidak terpasang CVP, CRT < 2 detik, CK-MB 19, troponin negatif, EKG tampak gelombang ST elevasi lead V1-V5, perkusi sonor, inspeksi tidak ada benjolan, tidak ada lesi.
3. Masalah keperawatan : Penurunan curah jantung

4. Penyebab : Perubahan frekuensi, irama, kontraktilitas miokard jantung

2) Kelompok data 2 tanggal 03-07-2018

1. Data Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada dada
2. Data Obyektif : Pemeriksaan inspeksi klien terlihat gelisah, dan menyeringai kesakitan, nyeri pada dada kiri seperti tertekan benda berat, skala nyeri 7 (0-10), hilang timbul saat diberi obat anti nyeri, tidak ada kejang, GCS 4-5-6, kesadaran umum klien kompos mentis, pupil isokor, sklera normal, CRT < 2 detik.
3. Masalah keperawatan : Nyeri akut
4. Penyebab : Iskemia miokard jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri koroner

3) Kelompok data 3 tanggal 03-07-2018

1. Data Subyektif : Klien mengatakan sesak
2. Data Obyektif : Pemeriksaan fisik klien terpasang O₂simple masker 6 lpm, pernafasan spontan tidak ada retraksi intercosta, frekuensi pernafasan 27x/menit irama reguler dan kedalaman normal, dyspnoe, bentuk dada normal chest, SpO₂ 98%, adanya nafas cuping hidung, auskultasi tidak terdapat suara tambahan ronchi maupun wheezing, palpasi tidak ada jejas pada daerah dada, perkusi suara sonor, posisi duduk.

3. Masalah keperawatan : Ketidakefektifan pola nafas
4. Penyebab : Penurunan suplai darah dan oksigen

4) Kelompok data 4 tanggal 03-07-2018

1. Data Subyektif : Klien mengatakan badannya lemas dan mudah lelah
2. Data Obyektif : Tonus otot

Dextra		Sinistra
5	5	
5	5	

Pemeriksaan inspeksi ekstremitas bawah dapat digerakkan, tidak ada bekas operasi, tidak ada luka bakar, mobilisasi tidak terkontrol, ekstremitas atas terpasang infuse seringpump di tangan kanan, tidak ada luka gangrene, tidak ada luka decubitus, aktivitas dibantu, tonus otot lemah, ekstremitas masih dapat digerakkan, turgor kulit baik, akral hangat kering merah.

3. Masalah keperawatan : Intoleransi aktivitas
4. Penyebab : Suplai oksigen yang tidak seimbang, iskemik/kematian otot jantung

8. Diagnosa keperawatan

- 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, kontraktilitas miokard jantung.

- 2) Nyeri akut berhubungan dengan iskemia miokard jaringan sekunder terhadap sumbatan arteri koroner.
- 3) Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen.
- 4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan suplai oksigen yang tidak seimbang, iskemik/kematian otot jantung.

9. Perencanaan klien 2

Diagnosa : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, kontraktilitas miokard jantung

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan penurunan curah jantung adekuat/optimal

Kriteria hasil :

- 1) Tanda-tanda vital dalam batas normal
- 2) Tidak ada penurunan kesadaran
- 3) Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak ada asites
- 4) Dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan

Intervensi: NIC (Nursing Intervention Classification)

- 1) Observasi tanda-tanda vital (tensi darah, nadi, suhu, perfusi)
- 2) Monitor auskultasi bunyi jantung
- 3) Monitor EKG
- 4) Pantau frekuensi jantung dan irama jantung
- 5) Monitor adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi)
- 6) Observasi adanya tanda dan gejala penurunan curah jantung

10. Implementasi keperawatan

Implementasi klien kedua Tn. F umur 39 tahun

Pelaksanaan tanggal 03-07-2018

- 1) Pukul 07.05 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, mengenalkan profesi, tujuan ke klien.

Respon: Klien sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik.

- 2) Pukul 07.15 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon: Klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan.

- 3) Pukul 07.20 mengkaji dan observasi tanda-tanda vital serta pantau frekuensi dan irama jantung.

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 176/83 mmHg, nadi 74 x/menit, respirasi rate 27 x/menit, suhu 37 °C, SpO₂ 98%, MAP 114 mmHg, irama jantung reguler.

- 4) Pukul 07.40 membantu menyeka klien

Respon: Klien tampak senang dan mengucapkan terima kasih.

- 5) Pukul 07.50 melakukan auskultasi bunyi jantung dengan perawat ruangan.

Respon: Didapatkan bunyi jantung S3 Gallop dan terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi di dada atas sebelah kiri.

- 6) Pukul 08.00 memberikan diet bubur kasar 1500 kalori rendah natrium kepada klien dan minum air putih 150cc dan memberi obat ASA 1x1 mg, CPG 1x1 mg.

Respon: Klien mengucapkan terima kasih dan hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan yang diberikan.

- 7) Pukul 09.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 157/92 mmHg, nadi 100 x/menit, respirasi rate 26 x/menit, suhu 36,5 °C, SpO₂ 98%, MAP 113 mmHg.

- 8) Pukul 09.50 memberi injeksi lasix 2x1 mg dan injeksi ranitidine 2x1 mg.

Respon: Klien kooperatif dan mengucapkan terima kasih

- 9) Pukul 10.00 memberikan suasana yang aman dan nyaman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien.

Respon: Klien tampak tenang

- 10) Pukul 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 165/86 mmHg, nadi 117 x/menit, respirasi rate 25 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 98%, MAP 112 mmHg.

11) Pukul 11.30 Observasi adanya tanda dan gejala penurunan curah jantung pada pasien

Respon: Klien kooperatif dan mengucapkan terima kasih

12) Pukul 13.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 160/91 mmHg, nadi 98 x/menit, respirasi rate 25 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 98%, MAP 114 mmHg.

13) Pukul 13.30 melakukan rekam jantung

Respon: Klien kooperatif, dan hasil EKG terdapat ST elevasi lead V1-V5.

14) Pukul 17.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 156/97 mmHg, nadi 84 x/menit, respirasi rate 25 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 98%, MAP 116 mmHg.

15) Pukul 18.00 melakukan auskultasi bunyi jantung

Respon: Didapatkan bunyi jantung S3 Gallop dan terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi di dada atas sebelah kiri.

16) Pukul 22.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 157/94 mmHg, nadi 90 x/menit, respirasi rate 25 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 98%, MAP 115 mmHg.

Pelaksanaan tanggal 04-07-2018

- 1) Pukul 07.20 menyapa klien, mengucapkan salam, menyebutkan nama.

Respon: Klien kooperatif dan gcs 456

- 2) Pukul 07.25 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon: Klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan.

- 3) Pukul 07.30 membantu menyeka klien

Respon: Klien tampak senang dan mengucapkan terima kasih.

- 4) Pukul 07.40 mengkaji dan observasi tanda-tanda vital serta pantau frekuensi dan irama jantung.

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 163/89 mmHg, nadi 107 x/menit, respirasi rate 24 x/menit, suhu 36,5 °C, SpO₂ 98%, MAP 113 mmHg, irama jantung reguler.

- 5) Pukul 07.50 melakukan auskultasi bunyi jantung pada pasien dengan perawat ruangan.

Respon: Didapatkan bunyi jantung S3 gallop dan terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi di dada atas sebelah kiri.

- 6) Pukul 08.00 memberikan diit bubur kasar 1500 kalori rendah natrium kepada klien dan minum air putih 150cc dan memberi obat ASA 1x1 mg, CPG 1x1 mg.

Respon: Klien mengucapkan terima kasih dan hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makan yang diberikan.

7) Pukul 09.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 159/88 mmHg, nadi 100 x/menit, respirasi rate 24 x/menit, suhu 36,5 °C, SpO₂ 98%, MAP 111 mmHg.

8) Pukul 09.50 memberi injeksi lasix 2x1 mg dan injeksi ranitidine 2x1 mg.

Respon: Klien kooperatif dan mengucapkan terima kasih

9) Pukul 10.00 memberikan suasana yang aman dan nyaman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien.

Respon: Klien tampak tenang

10) Pukul 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 159/89 mmHg, nadi 112 x/menit, respirasi rate 24 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 98%,MAP 112 mmHg.

11) Pukul 11.30 Observasi adanya tanda dan gejala penurunan curah jantung.

Respon: Klien kooperatif dan mengucapkan terima kasih

12) Pukul 13.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 157/90 mmHg, nadi 78 x/menit, respirasi rate 23 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 98%, MAP 112 mmHg.

13) Pukul 13.30 mengkaji adanya nyeri dada

Respon: Klien mengatakan dadanya masih nyeri hilang timbul dan disertai sesak

Pelaksanaan tanggal 05-07-2018

1) Pukul 07.10 menyapa klien, mengucapkan salam, menyebutkan nama.

Respon: Klien kooperatif dan gcs 456

2) Pukul 07.25 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon: Klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan.

3) Pukul 07.30 membantu menyeka klien

Respon: Klien tampak senang dan mengucapkan terima kasih.

4) Pukul 07.40 mengkaji dan observasi tanda-tanda vital serta pantau frekuensi dan irama jantung.

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 150/91 mmHg, nadi 92 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,5 °C, SpO₂ 100%, MAP 110 mmHg, irama jantung reguler.

- 5) Pukul 07.50 melakukan auskultasi bunyi jantung dengan perawat ruangan.

Respon: Didapatkan bunyi jantung S1 S2 tunggal dan terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi di dada atas sebelah kiri.

- 6) Pukul 08.00 memberikan diit bubur kasar 1500 kalori rendah natrium kepada klien dan minum air putih 150cc dan memberi obat ASA 1x1 mg, CPG 1x1 mg.

Respon: Klien mengucapkan terima kasih dan hanya menghabiskan 1 porsi makan yang diberikan.

- 7) Pukul 09.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 144/93 mmHg, nadi 88 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,5 °C, SpO₂ 100%, MAP 110 mmHg.

- 8) Pukul 09.50 memberi injeksi lasix 2x1 mg dan injeksi ranitidine 2x1 mg.

Respon: Klien kooperatif dan mengucapkan terima kasih

- 9) Pukul 10.00 memberikan suasana yang aman dan nyaman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien.

Respon: Klien tampak tenang

- 10) Pukul 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 155/87 mmHg, nadi 84 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 100%, MAP 109 mmHg.

11) Pukul 11.30 melakukan rekam jantung

Respon: Klien kooperatif dan hasil EKG yaitu sinus rhythm, short PR interval, anteroseptal myocardial infarction, probably recent, twave abnormality, possible lateral ischemia, dan abnormal ECG.

12) Pukul 13.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 154/85 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 100%, MAP 108 mmHg.

13) Pukul 13.30 dokter mengatakan Tn. F sudah bisa dipindah ke ruangan Cempaka karena kondisi sudah stabil

Respon: Klien tampak senang dan mengucapkan alhamdulillah

14) Pukul 14.00 klien dipindah ke ruangan Cempaka

11. Evaluasi keperawatan

Evaluasi hari-1 pada klien 2 Tn. F 39 tahun

Diagnosa keperawatan

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, kontraktilitas miokard jantung.

Evaluasi tanggal 03-07-2018

S : Klien mengatakan adanya sakit seperti tertekan, sesak dan lemas.

O : GCS 4-5-6, tekanan darah 157/94 mmHg, suhu 37 °C, nadi 74 x/menit, SpO₂ 98%, MAP 115 mmHg, klien tampak lemas, terdapat keringat dingin, turgor kulit lembab, CRT < 2 detik, terdengar suara jantung S3 gallop. Pemeriksaan lab: Jantung CK-MB 19, Troponin negatif. Pemeriksaan EKG terdapat ST elevasi lead V1-V5.

A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1-5 dilanjutkan

Evaluasi hari-2 pada klien 2 Tn. F 39 tahun tanggal 04-07-2018

Evaluasi pukul 14.00

S : Klien mengatakan nyeri dadanya berkurang, dan sesak berkurang.

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, tekanan darah 157/90 mmHg, nadi 78 x/menit, respirasi rate 23 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 98%, MAP 112 mmHg, klien tampak lemas, turgor kulit lembab, CRT < 2 detik.

A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1,2,3,5 dilanjutkan

Evaluasi hari-3 pada klien 2 Tn. F 39 tahun tanggal 05-07-2018

Evaluasi pukul 14.00

S : Klien mengatakan tidak ada keluhan, klien mengatakan nyeri berkurang, sesak berkurang, bisa tidur, dan tidak mudahlelah

saat melakukan aktifitas seperti miring kanan miring kiri, duduk, berbicara.

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4-5-6, tekanan darah 154/85 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2 °C, SpO₂ 100%, MAP 108 mmHg, turgor kulit lembab, CRT < 2 detik, terdengar suara jantung S1 S2 tunggal, hasil EKG yaitu sinus rhythm, short PR interval, anteroseptal myocardial infarction, probably recent, twave abnormality, possible lateral ischemia, dan abnormal ECG.

A : Masalah penurunan curah jantung teratasi sebagian

P : Rencana tindakan dilanjutkan (px pindah ke ruang Cempaka).

4.2 Pembahasan

Bab ini penulis akan mengurai kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan klien dengan Sindrom Koroner Akut di RSUD Ibnu Sina Gresik yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

4.2.2 Pengkajian keperawatan

Dari hasil pengkajian didapatkan data pada riwayat kesehatan Tn.A yaitu hipertensi, perokok aktif. Sedangkan pada klien kedua didapatkan data pada riwayat kesehatan keluarga yaitu penyakit jantung dan hipertensi.

Pada pengkajian ditemukan data pula pada klien pertama dan klien kedua yaitu nyeri dada, sesak nafas, disertai mual muntah dan batuk. Pada klien pertama didapatkan juga data EKG tampak gelombang ST elevasi lead II,III,aVF. Sedangkan pada klien kedua didapatkan data EKG tampak gelombang ST elevasi lead V1-V5.

Berdasarkan hasil pengkajian pada klien Tn.A, penurunan curah jantung dapat disebabkan karena beberapa faktor terjadinya SKA. Hal tersebut menurut Muttaqin (2009) diantaranya mempunyai riwayat hipertensi, dan perokok aktif. Pada kedua faktor tersebut merupakan faktor resiko yang dapat diubah oleh klien, namun dikarenakan faktor hipertensi klien Tn.A mempunyai tensi yang selalu tinggi sehingga mengakibatkan kebutuhan oksigen ke miokard menjadi berkurang. Kedua, klien Tn.A adalah perokok aktif selama ±21 tahun tetapi klien sudah berhenti menjadi perokok aktif selama 1 tahun. Berdasarkan lama dan banyaknya rokok lebih tinggi resikonya karena banyak pengaruh nikotin sehingga meningkatkan beban kerja miokardium dan dampak peningkatan kebutuhan oksigen. Dapat dihasilkan pada klien Tn.A mengenai faktor resiko SKA yang memiliki lebih dari satu faktor, sehingga sulit untuk membuat masalah penurunan curah jantung menjadi normal kembali.

Pada klien Tn.F penurunan curah jantung dapat disebabkan karena beberapa faktor terjadinya SKA. Hal tersebut diantaranya dari riwayat keluarga dan hipertensi. Pertama pada faktor riwayat keluarga terjadi

pada tingkat faktor genetik dan lingkungan dapat membantu terbentuknya atherosclerosis, tendensi atherosklerosis pada orang tua atau anak dibawah usia 50 tahun ada hubungan terjadinya sama dengan anggota keluarga lain. Kedua faktor hipertensi klien Tn.F mempunyai tensi yang naik turun sehingga mengakibatkan kebutuhan oksigen ke miokard menjadi berkurang.

Mekanisme koping juga sangat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam merespon rasa penurunan curah jantung dan pengalaman penurunan curah jantung sebelumnya juga berpengaruh pada persepsi tanda dan gejala secara individu, jika pengalaman penurunan curah jantung sebelumnya diterima dengan koping yang baik, maka individu tersebut dapat mempersiapkan dirinya dalam mempersepsikan tanda dan gejala penurunan curah jantung. Oleh karena itu, hasil evaluasi Tn.A masih merasakan sesak namun sudah berkurang, tetapi hasil EKG belum ada perbaikan. Dalam menentukan tanda dan gejala sesak klien menjadi mudah, karena klien sangat kooperatif. Sedangkan klien Tn.F masih merasakan sesak, meskipun sudah berkurang, namun hasil EKG belum ada perbaikan

Maka pada tahap pengkajian penulis tidak mengalami kesulitan karena klien dan pihak keluarga klien sangat menerima penulis dengan baik, penulis juga memperkenalkan diri sebelumnya serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu memberikan asuhan keperawatan pada kedua klien sehingga dengan terjalinnya hubungan yang kooperatif

antara penulis dengan klien maupun pihak keluarga yang mengantar klien sampai ke Ruang ICU Rumah Sakit Ibnu Sina, Gresik.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Diagnosa keperawatan yang sama antara klien pertama dan klien kedua, yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, kontraktilitas miokard jantung. Klien pertama dan klien kedua termasuk penurunan curah jantung yang masih dapat dikontrol.

Penurunan curah jantung adalah ketidak adekuatan darah yang dipompa oleh jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Curah jantung (Cardiac output) adalah jumlah darah yang dipompa oleh tiap ventrikel dalam waktu 1 menit dan jumlah darah yang mengalir dalam sirkulasi. (udjianti,2013; Nanda,2015)

Berdasarkan dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami penyakit sindrom koroner akut menurut NANDA (2018) yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, kontraktilitas miokard jantung. kesamaan antara klien pertama dan kedua adalah tanda gejala dan diagnosa aktualnya mengalami kesamaan, sama-sama mengalami sesak. Maka dari itu tidak ada kesenjangan diagnosa antara klien pertama dan kedua dan sesuai dengan tinjauan pustaka.

Namun tidak semua diagnosa pada tinjauan pustaka muncul dalam tinjauan kasus. Karena sudah mendapatkan pengobatan dan kondisi masing-masing klien juga berbeda-beda, dan kadar oksigen yang belum tercukupi dengan maksimal oleh karena itu tidak semua diagnose yang ada pada tinjauan pustaka muncul semua pada tinjauan kasus klien. Dalam menentukan diagnosa keperawatan tidak ada hambatan, dan klien sangat memberikan respon baik.

4.2.3 Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah penurunan curah jantung pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan penurunan curah jantung bertujuan untuk mengurangi atau menstabilkan kontraktilitas jantung selama 3 kali 24 jam setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil, tanda vital dalam rentang normal, dapat mentoleransi aktivitas dan tidak ada kelelahan yang berlebih, tidak ada edema paru, dan tidak terjadi penurunan kesadaran. Perencanaan pada klien pertama dan kedua yaitu observasi tanda-tanda vital, bina hubungan pada klien dan keluarga, kaji keadaan klien sesuai asuhan keperawatan, seka klien, lakukan auskultasi jantung, kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi, berikan posisi yang nyaman dan aman, lakukan pemeriksaan EKG, kaji nyeri klien.

Perencanaan untuk penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi, irama, kontraktilitas miokard jantung yaitu

observasi tanda tanda vital (Tensi darah, nadi, suhu, perfusi), monitor Auskultasi bunyi jantung, monitor EKG, pantau frekuensi jantung dan iramajantung, monitor adanya nyeri dada (intensitas, lokasi, durasi), observasi adanya tanda dan gejala penurunan curah jantung (NANDA,2018).

Dalam menyusun rencana tindakan penulis tidak mengalami hambatan dikarenakan penulis berdiskusi terlebih dahulu kepada klien, keluarga klien dan perawat yang ada di ruangan agar tidak ada kesalah fahaman dalam penentuan perencanaan tindakan keperawatan. Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana tujuan dari monitor tanda-tanda vital dan monitor EKG dan kolaborasi dengan dokter dapat menstabilkan kondisi klien.

4.2.4 Implementasi keperawatan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada tinjauan pustaka tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak ada klien. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kedua

pada penyakit sindrom koroner akut mengikuti standart oprasional prosedur (SOP) di Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Gresik.

Pelaksanaan yang terlaksana pada klien pertama dan kedua adalah melaksanakan observasi tanda-tanda vital, memantau frekuensi dan irama jantung, memonitor EKG, membantu menyeka klien, melakukan auskultasi bunyi jantung dengan perawat ruangan, memberikan diit dan minum air putih secukupnya,observasi adanya tanda dan gejala penurunan curah jantung, melakukan rekam jantung. Pelaksanaan yang tidak terlaksana pada tinjauan kasus pertama dan kedua tidak ada karena penulis melaksanakan sesuai perencanaan tindakan.

Tindakan yang dilakukan secara mandiri adalah memonitor tanda-tanda vital dan memonitor EKG.Tindakan memonitoring tanda-tanda vital memonitor EKG ini merupakan tindakan yang cukup efektif dalam membuat keadaan klien tetap stabil.Tindakan ini tetap bergantung pada klien itu sendiri, namun perawat juga memberikan suatu arahan dalam hal pemulihan. Tindakan ini membutuhkan jeda waktu yang cukup lama yaitu dari pagi ke siang, siang ke malam, malam ke pagi begitu seterusnya untuk mengetahui tanda-tanda vital dan hasil EKG selama 24 jam serta mendapatkan hasil yang diinginkan. Hasil dari pelaksanaan mandiri yang dilakukan pada kedua klien memiliki beberapa respon yang sama dikarenakan kedua klien dan keluarganya tidak menginginkan terjadinya penurunan curah jantung yang berkepanjangan.

Pelaksanaan keperawatan dilakukan sebaik mungkin menyesuaikan dengan keadaan dari kondisi klien saat ini. Dalam pelaksanaan pada kedua klien ini penulis tidak mengalami hambatan dikarenakan kedua klien dan keluarga klien kooperatif dengan tindakan medis yang dilakukan oleh penulis yang sesuai dengan standart oprasional prosedur yang ada di rumah sakit tersebut.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada klien dan keluarga klien yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena klien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan criteria yang diharapkan dan dituliskan berdasarkan respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan. Pada penyakit sindrom koroner akut disusun intervensi guna mengatasi diagnosa yang muncul, terutama pengaruh monitoring tanda-tanda vital dan hasil EKG.

Hasil evaluasi dari klien pertama dan klien kedua teratasi sebagian, didapatkan selisih yang berbeda dari masing-masing klien seperti pada tinjauan kasus pertama didapatkan evaluasi akhir yaitu hasil EKG sinus rhythm, right bundle branch block, left posterior fascicular block,

anterior myocardial infarction, probably recent, inferior myocardial infarction, probably acute, dan abnormal ECG.

Sedangkan pada tinjauan kasus kedua didapatkan hasil EKG sinus rhythm, short PR interval, anteroseptal myocardial infarction, probably recent, twave abnormality, possible lateral ischemia, dan abnormal ECG, tetapi kedua klien tersebut sama-sama teratasi sebagian dalam waktu 3 kali 24 jam sesuai dengan tinjauan pustaka yang berdasarkan dari tujuan dan criteria hasil. Perbedaan tersebut ada karena setiap klien mengalami sesak dan pengalaman penurunan curah jantung sebelumnya yang berbeda, tetapi dalam menentukan evaluasi keperawatan tidak ada hambatan karena sesuai dengan kriteria hasil dan respon kedua klien juga sangat kooperatif.